

**Når hjertesviktpasienten før utskrivelse får oppfølgingsavtale  
– minker vi utfall som kan bli fatale.**



Prosjektoppgave i KLoK  
- Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring

Gruppe K3

Marikken Heiland Kårvatn  
Benedikte Årebrot Madsen  
Linn M. Becher  
Fride Lier  
Edvard Breivik  
Antonita Nithila Amalathas  
Hanne Omholt Tingstveit

Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Våren 2013

# Innhold

1. Sammendrag .....	3
2. Tema/problemstilling .....	4
3. Kunnskapsgrunnlag .....	6
3.1 Søkestrategi .....	6
3.2 Avtalt fastlegetime før utskrivelse fra sykehus, for å bedre oppfølging og compliance for eldre hjertesviktpasienter og redusere antall reinnleggelser .....	7
4. Dagens praksis, tiltak og indikatorer .....	11
4.1 Dagens praksis .....	11
4.2 Tiltak.....	12
4.3 Valg av indikatorer .....	15
5. Prosess, ledelse og organisering .....	18
5.1 Hvordan bør forbedringsprosjektet ledes og organiseres?.....	18
5.2 Hvordan strukturere prosjektet? Hvordan gjennomføre tiltaket? .....	19
5.3 PUKK-sirkel .....	20
5.4 Motstand og utfordringer .....	21
5.5 Innarbeiding av forbedringer .....	22
6. Diskusjon og konklusjon .....	23
6.1 Diskusjon .....	23
6.2 Konklusjon.....	24
7. Referanser.....	25

# **1. Sammendrag**

## **Tema/problemstilling:**

Eldre hjertesviktpasienter er den hyppigste ”svingdørspasienten” i medisinske avdelinger i sykehus i dag, og andelen pasienter med en hjertesviktdiagnose er økende. Vi lurer på om avtalt fastlegetime ved utskrivelsestidspunkt kan bidra til å sikre oppfølging hos fastlege, og på sikt bidra til å hindre unødvendige reinnleggelser og senke mortaliteten.

## **Kunnskapsgrunnlag:**

Det er dessverre lite forskning på effekten av å arrangere og dokumentere oppfølgingstime hos fastlege før pasienten skrives ut (7). En studie på et randomisert utvalg av pasienter innlagt med hjertesvikt ved ett sykehus viste derimot at oppfølgingstime avtalt ved sykehusutskrivelsen var korrelert med redusert antall sykehusreinnleggelser (17). Flere studier tyder på at signifikant effekt hovedsakelig sees der man kombinerer flere intervensjoner ved utskrivelsen (18).

## **Dagens praksis, tiltak og indikator:**

Vi har tatt utgangspunkt i hjertesviktpasientene ved medisinsk avdeling ved Hamar sykehus. Dagens praksis er at dersom sykehuset ser det nødvendig med oppfølging hos fastlege må pasienten selv bestille time. For å se på endring og forbedring av vårt tiltak har vi valgt resultatindikatorer: Mortalitet innen 1 år og 30-dagers reinnleggesrate.

## **Prosess, ledelse og organisering:**

Ledelse og organisering av forbedringsprosjektet bør implementeres trinnvis, først ved et møte med ledelsen, og deretter presentasjon av tiltaket i et informasjonsmøte for sykepleiere og sekretærer, samt på morgenmøte for leger. Det vil være viktig å motivere og støtte de ansatte underveis. PUKK-sirkelen brukes for å kartlegge prosessen og innarbeide eventuelle forbedringer. Evalueringer bør gjøres hyppig i startfasen.

## **Konklusjon:**

På bakgrunn av dette, ønsker vi en innføring av avtalt oppfølgingstime hos fastlege før utskrivelse, da dette som et supplement til de allerede eksisterende utskrivelsesrutinene kan ha positiv effekt på antall reinnleggelser av hjertesviktpasienter.

## 2. Tema/problemstilling

Prevalensen av kronisk hjertesvikt er anslått til 1-2 %, men er sterkt økende med alder (1). Omtrent hver 20. innleggelse i medisinske avdelinger skyldes nettopp hjertesvikt, og det er den hyppigste årsaken til eldre ”svingdørspasienter” i sykehus (2). Etter første sykehusinnleggelse ligger 1 års mortaliteten på rundt 30 % for begge kjønn (3).

Optimalisert medikamentell behandling og oppfølging av hjertesviktpasienter er viktig, dette for blant annet å bedre sykdomskontroll, redusere antall (re-)innleggelser på sykehus og bedre overlevelsen. Disse pasientene går gjerne på flere medikamenter samtidig. Doseendring og preparatbytte skjer både hos fastlegen, i poliklinikker og ved innleggelse på sykehus, i tillegg til generisk bytte på apotek. For en del pasienter er det forståelig at man ikke har kontroll over sin oppdaterte medikamentliste. Fastlegen har et hovedansvar her og er derfor en sentral person i oppfølgingsarbeidet.

I vår KLoK-oppgave vil vi prøve å forbedre oppfølgingen av hjertesviktpasienter ved å prøve å sikre snarlig oppfølging hos fastlege etter innleggelse på sykehus. Flere studier kan tyde på at tidlig oppfølging kan redusere risikoen for reinnleggelse av hjertesviktpasienter (4). Et besøk hos fastlegen gir blant annet muligheter for gjennomgang av medikamentbruk og eventuelle endringer med pasienten, i tillegg til å oppdatere medisinalisten i tråd med den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Vi vil ta utgangspunkt i Hamar sykehus. I følge overlege H. Kydland ble 133 pasienter innlagt med hjertesvikt som hoveddiagnose ved Hamar sykehus i 2012, 541 pasienter dersom hjertesvikt som bildediagnose er inkludert. Antall reinnleggelser innen 30 dager med hoveddiagnose hjertesvikt var på 9 %, 13 % for alle diagnoser. Vi har ikke tall for mortalitet.

Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, I trygge hender, som skal gjennomføres i helsetjenesten i perioden 2011-2013, har som mål å forbedre pasientsikkerheten i Norge. Et av innsatsområdene er Samstemming av legemiddellister. Målet er at det alltid skal foreligge en fullstendig liste over hvilke medikamenter pasienten faktisk bruker, Legemidler i bruk (LIB). Formålet er å hindre pasientskader som en konsekvens av feilbruk av legemidler ved innleggelse eller etter utskrivelse fra sykehus, eller bytte mellom avdelinger. Alle som er involvert i behandling/oppfølging har et ansvar for at denne legemiddellisten er korrekt, også pasienten selv. Men det er fastlegen som skal ha det koordinerende ansvar (5).

Multimorbide hjertesviktpasienter er en gruppe pasienter hvor dette tiltaket kan tenkes meget relevant og viktig. Oppfølging hos fastlegen er en sentral del for å sikre kontroll, rett medisinbruk og oppfølging av sykdomsutvikling. Dette er også i tråd med Samhandlingsreformen, hvor større del av ansvaret flyttes til primærhelsetjenesten. Reinnleggelser som følge av feil medikamentbruk og for dårlig oppfølging bør kunne reduseres. Det er flere områder i oppfølgingsarbeidet av hjertesviktpasienter som kunne ha egnet seg for et kvalitetsforbedringsarbeid. Denne KLoK-oppgaven fokuserer på tiltak for å sikre at hjertesviktpasienten faktisk får en oppfølgingstime hos sin fastlege etter utskrivelse fra sykehus. Et slikt oppmøte hos fastlegen kan også bidra til gjennomføringen av Samstemming av Legemiddelslister.

### 3. Kunnskapsgrunnlag

#### 3.1 Søkestrategi

For å undersøke vår problemstilling strukturerte vi et PICO-spørsmål:

Population: Eldre hjertesviktpasienter (>64 år) som utskrives fra sykehus

Intervention: Før utskrivelse, avtaler sykehuset fastlegetime innen 2 uker

Comparison: Ingen avtalt fastlegetime før utskrivelse

Outcome: Reinnleggesrate, mortalitet

Vårt kjernesporsmål ble ut i fra dette: Vil eldre hjertesviktpasienter få lavere reinnleggesrate og mortalitet, dersom sykehuset avtaler fastlegetime innen 2 uker før utskrivelse?

Vi søkte med følgende ord via helsebiblioteket i McMaster PLUS: "Heart failure patients AND hospital discharge OR readmission OR follow-up appointment OR discharge planning". Dette resulterte i flere relevante treff øverst i Kunnskapspyramiden i hhv. UpToDate, hvor vi valgte å ta for oss 4 artikler/ retningslinjer som belyste vår problemstilling (4, 6, 7, 8).

Vi har valgt å prioritere å få pasienten i rask kontakt med fastlegen etter utskrivelse basert på funn fra vårt kunnskapsgrunnlag om at tidlig oppfølging innen 7 dager ga lavere reinnleggesrate (9). Sykehuset må levere epikrise fra seg innen 7 dager, og fastlegen må få tid til å sette seg inn i denne, derfor foreslår vi at denne timen kommer innen 14 dager.

UpToDate skriver at det er få studier som direkte belyser vår problemstilling, men i ovennevnte oppslagsverk refereres det til flere enkeltstudier og en systematisk oversikt som vi fant relevante for vår oppgave og valgte å gå inn på. På grunn av manglende oversiktslitteratur som systematiske oversikter og metaanalyser, forholdt vi oss til enkeltstudier systematisert og referert i UpToDate. Vi fant ingen relevant litteratur i BMJ Best Practice.

Vi utførte i tillegg søk i PubMed, Cochrane og Kunnskapssenteret.no. Fra pubmed valgte vi en italiensk enkeltstudie som belyste vårt tema, fordi den ga holdepunkter for at de pasienter med lav compliance, og muligens de som trengte oppfølging mest, var de som mest trolig ville falle ut av systemet etter utskrivelse (10).

### **3.2 Avtalt fastlegetime før utskrivelse fra sykehus, for å bedre oppfølging og compliance for eldre hjertesviktpasienter og redusere antall reinnleggelser**

Hjertesvikt er den vanligste årsaken til sykehusinnleggelse hos pasienter over 64 år og 25 % av de innlagte reinnlegges innen 30 dager hevder en enkeltstudie referert fra UpToDate (11). Tilsvarende tall for Norge viser en reinnleggingsrate (innen 8-30 dager) for hjertesviktpasienter over 67 år på 21,8 % (12).

UpToDate anbefaler for innlagte hjertesviktpasienter i sykehus, en omfattende utskrivelsesstøtte, som inkluderer tett oppfølging i den umiddelbare perioden etter utskrivelsen (Grade 2B) (4).

Videre skriver UpToDate at dårlig compliance for medikamenter og utilfredsstillende fastlegeoppfølging er viktige medvirkende faktorer for reinnleggelse av hjertesviktpasienter (6). Compliance til medisinske tiltak som helhet er den vanligst identifiserte faktor for dekompensert hjertesvikt og reinnleggelse i sykehus, i hele 41,9 % av tilfellene. Non-compliance med medikamenter er årsak hos 23,5 %. Det ble estimert at mange av disse reinnleggelser kunne vært unngått (13).

De fleste studier UpToDate refererer til bekrefter at pasienter som er avtalt til eller møter til oppfølging etter utskrivelse, har mindre risiko for reinnleggelse (7). Funn inkluderer observasjonsstudier og prospektive kohorter:

I) Blant pasienter som trengte reinnleggelse innen 30 dager etter utskrivelse viste det seg at kun 50 % hadde møtt opp hos lege for oppfølgingstime (11).

II) En observasjonsstudie av pasienter lagt inn med hjertesvikt i 225 sykehus (n=30 136) fant at reinnleggingsraten innen 30 dager var høyest for pasienter som ble skrevet ut av de sykehusene som hadde lavest tidlig (innen 7 dager) oppfølging etter utskrivelse (9).

III) I en liten prospektiv studie (n=65) møtte kun 49 % av pasientene til oppfølgingstime hos fastlegen innen 30 dager etter utskrivelse. Reinnleggelser var 10 ganger mer sannsynlig for dem som ikke hadde slik oppfølgingstime hos fastlege, sammenliknet med dem som hadde (OR 9.9,  $p = 0.04$ ) (14).

Evnen til å kommunisere medikamentlisten til pasienten selv og/eller omsorgspersoner er essensielt i utskrivelsesprosessen, og her viser det seg å være et stort forbedringspotensial. En prospektiv kohortstudie fra en institusjon av pasienter 64 år og eldre (n=377) som ble skrevet

ut etter hospitalisering for pneumoni, hjertesvikt eller akutt koronarsyndrom illustrerer mangelen på pasientens forståelse av medikamentforandringer ved utskrивelsen. Ved utskrивelse hadde 22 prosent av medikamentene fra innleggelsen blitt seponert eller det var utført doseendringer. Hovedandelen av pasientene forsto ikke den nye doseringen (142/205, 70 prosent), hvorfor medikamentene var seponert (182/223, 82 prosent) eller hvorfor nye medikamenter var lagt til (62 prosent). Dette til tross for at sykepleier hadde gått gjennom den oppdaterte medikamentlisten med pasientene ved utskrивelsen (15).

Tilgjengelige studier viser at utskrивelsesprosessen må strekke seg langt utover kun det å gi et enkelt utskrивelsesnotat for å være effektivt (8). Ovennevnte studier belyser viktigheten av oppfølging etter utskrивelse. Kan det tenkes at dem med størst behov for en oppfølgingstime hos fastlege ikke klarer følge opp dette på egenhånd?

En studie fra Italia undersøker nettopp dette med legesøkingsatferd, og refererer til NICE retningslinjer (2010) som opererer med klinisk og laboratorisk undersøkelse hver 6. måned som minimumsstandard for hjertesviktpasienter. Her fant man at klinisk kontrolltime innen 6 måneder er mindre sannsynlig hos pasienter med lavere funksjon i dagliglivet. (59 % hos autonome, 56 % non-autonome med en omsorgsperson, 47 % hos non-autonome uten en omsorgsperson (10).

Ville en avtalt oppfølgingstime hos fastlegen før pasienten skrives ut kunne ha positiv effekt på denne gruppen pasienter med lav compliance, og dermed redusert antall nye reinnleggelser?

Dessverre er det lite forskning på effekten av å arrangere og dokumentere oppfølgingstime hos fastlege før pasienten skrives ut (7).

En retrospektiv studie fra nesten 5000 sykehus sammenliknet utskrивelsesnotater fra ulike pasientgrupper, og sammenliknet reinnleggelser hos dem som ifølge utskrивelsesnotatet hadde fått avtalt fastlegetime før utskrивelse med dem som ble skrevet ut uten slik avtale. I denne studien finner man ingen signifikant forskjell i 30-dagers innleggelse, legevaktsbesøk eller mortalitet mellom disse gruppene. Derimot hadde de med dokumentert oppfølgingstime noe større sannsynlighet for å få en uheldig episode (reinnleggelse, legevaktsbesøk eller død) innen 180 dager etter utskrивelse (16).

Svakheten med denne studien i vårt tilfelle ligger i at den ikke ser spesifikt på hjertesviktpasienter, samt at dette ikke var en randomisert studie, hvor det ble tilfeldig



fordeling av hvem som skulle få en slik avtalt fastlegetime ved utskrivelse og hvem som ikke skulle få det. Dette kan utgjøre en skjevfordeling når det kommer til måling av effekt av et slikt tiltak, ved at det var de eldste/sykeste som fikk avtalt en slik fastlegetime, hvilket kunne maskert en mulig positiv effekt på reinnleggelser dersom pasientene ble randomisert til to grupper. Studien dokumenterte heller ikke om pasientene faktisk møtte opp til fastlegetimen som avtalt og om slikt oppmøte resulterte i endringer i utfallet.

En retrospektiv studie på et randomisert utvalg av pasienter innlagt med hjertesvikt ved ett sykehus, viste derimot at skriftlig dokumentasjon med utskrivelsesinstruksjoner, inkludert oppfølgingstime avtalt ved sykehusutskrivelsen, var korrelert med redusert antall sykehusreinnleggelser (17). I alt mottok 68 % av pasientene alle instruksjoner som ble vurdert (totalt 6: informasjon om aktivitet, symptomforverrelse, vekt, medikamenter, oppfølgingstime, diett), hvorav 6 % ikke mottok noen instruksjoner. De som mottok alle 6 instruksjonene hadde signifikant mindre sannsynlighet for reinnleggelser uavhengig av årsak ( $p = 0.003$ ) og for reinnleggelse grunnet hjertesvikt ( $p = 0.0035$ ) sammenliknet med dem som manglet minst én av disse instruksjonene. De som ikke fikk avtalt oppfølgingstime ved utskrivelse ( $n = 78$ ) hadde en relativ risiko for reinnleggelse på 1.381 ( $p = 0.046$ ) sammenliknet med dem som fikk avtalt slik oppfølgingstime. Det var derimot ingen assosiasjon mellom instruksjoner ved utskrivelse og mortalitet ( $p = 0.521$ ).

En systematisk oversikt av ulike intervensjoner ved utskrivelsen fant effekt av mange slike på målte utfall som reinnleggelser, pasienttilfredshet og kontinuitet i behandlingen. På grunn av heterogenitet i intervensjonene, pasientpopulasjonene og utfall var det derimot ikke mulig å identifisere hvilke spesifikke intervensjoner som hadde direkte effekt på målte utfall. I samsvar med tidligere studier (7), var intervensjonene med effekt hovedsakelig dem som ble utført samlet, hvilket tyder på at best effekt sees ved å kombinere flere slike intervensjoner (18).

På bakgrunn av ovennevnte litteratur ønsker vi en innføring av avtalt oppfølgingstime hos fastlege før utskrivelsen. I følge eksisterende studier kan det se ut til at en innføring av denne intervensjonen, som et supplement til de allerede eksisterende utskrivelsesrutinene, kan ha positiv effekt på antall reinnleggelser av hjertesviktpasienter. Ved å sikre at pasienten får avtalt fastlegetime, vil vi dermed også øke oppfølging med informasjon om aktivitet, forverring av symptomer, vekt, medikamenter og diett, som vist samlet som effektivt i

ovennevnte artikkel (17). Denne informasjonen forutsettes allerede å være dagens praksis i innhold ved oppfølgingstimer i allmennpraksis.

## **4. Dagens praksis, tiltak og indikatorer**

### **4.1 Dagens praksis**

Hamar sykehus:

Hamar er sykehuset vi har valgt å fokusere vår intervensjon mot. Vi har i vår oppgave valgt å ta utgangspunkt i hjertesviktpasientene ved medisinsk avdeling, H2, ved Hamar sykehus. Vi har vært i kontakt med kardiologene, og det finnes pr i dag ingen fullstendige faste rutiner som følges for hele utskrivelsesprosessen. Det er varierende praksis blant legene med tanke på hvilken informasjon hjertesviktpasientene får med seg, og hva som organiseres av videre oppfølging. Det finnes rutiner på at alle pasienter skal ha utskrivningssamtale med lege før utreise, at de skal få med seg skriftlig informasjon, og at de skal oppfordres til selv å bestille fastlegetime innen et anbefalt tidsrom på noen få uker. Den skriftlige informasjonen pasienten får med seg ved utreise er enten en kopi av epikrisen hvor det er laget et eget avsnitt med pasientinformasjon på forståelig språk, eller et eget ark med utskrivningsinformasjon som inneholder en kort oppsummering av hva som er blitt gjort og ny oppdatert medikamentliste. Både epikrise og utskrivningsinformasjon har standardiserte maler som ligger tilgjengelig i DIPS.

Elverum sykehus:

Vårt tiltak er hentet som inspirasjon fra dagens praksis ved Elverum sykehus. Ved Elverum sykehus har vi vært i kontakt med avdelingsoverlegen på medisinsk avdeling som angir at de bestiller oppfølgingstime hos fastlegen til alle pasienter som har behov for en kontrolltime innen relativt kort tid (ofte rundt 2-3 uker). Det er sykepleier som ringer og bestiller time. Eneste unntak er pasienter som er oppegående, unge og som de klart forstår at kan klare dette selv, der avtaler de med pasienten at de ordner time selv. De oppfatter dette som en oppgave sykehuset har ansvar for, og har gjort det i noen år. De opplever at pasienter som er gamle, ressurssvake, bor alene, er glemske, og lignende har god nytte av at de kontakter fastlegen for dem, og at de får timen i hånden når de drar derfra.

Fastlegene:

For å kartlegge rutinene i allmennpraksis tok vi kontakt med våre veiledere fra 10.semester på e-post, vi fikk tilbakemeldinger fra 5 av 7. I tilbakemeldingene fant vi at fastlegene stort sett opplever at ordningen hvor pasienten selv bestiller time fungerer greit. Noen pasienter opplever å få mye informasjon ved utskrivelse, og bestiller time enten etter for få dager, før epikrise har kommet til fastlegen, eller ikke i det hele tatt. Pasienter som har vært innlagt i

sykehus er oftest godt motivert for å bestille seg en snarlig kontroll. De opplyser at de i noen tilfeller selv må innkalle pasienter som har vært innlagt til kontrolltime, etter å ha lest epikrisen. Noen epikriser inneholder en eksplisitt oppfordring om innkallelse til kontrolltime for pasienter med kjent lav compliance, og andre er kjent for fastlegen å ha behov for innkalling, i disse tilfellene innkaller fastlegene selv pasienten.

Det er variasjoner i praksis med gjennomgang av epikriser. Legen angir at de gjerne skriver ut epikrisekopi til pasienten som har bestilt seg time for gjennomlesning og orientering i fellesskap. Som regel ser de ikke noe stort behov for å gå gjennom alle epikrisene som kommer inn, og dermed faller sikkerhetsnettet for å fange opp pasienter med oppfølgingsbehov bort. Noen av fastlegene opplever at de skrøpeligste pasientene har hjemmebasert omsorg, som fanger opp behovet og bestiller time for pasientene. Fastlegene anser også, i tillegg til eldre, at grupper med lavere utdanning og fremmedkulturell bakgrunn kunne ha nytte av å få bestilt time før utskrivelse.

Vi forhørte oss også om når de vil ha mulighet til å ta inn disse pasientene til kontroll, og i det store og hele angir legene å ha lite ventetid på slike timer. Kun én angir å ha 8-10 dagers ventetid på time. Fastlegene angir at en timebestilling utført av sykehuset vil kunne styrke samarbeidet om det felles ansvaret for oppfølging mellom sykehuset og fastlegene.

De opplyser at de ber kun svært få utvalgte pasienter ta med medisiner de bruker til kontoret. Det etterspørres en felles medisin-database som vil løse mange av dagens problemer med medikamentlister som ikke er samstemt. De forsøker å gå gjennom og oppdatere egne medisinlister fra epikriser, men her svikter det ofte, og de opplever at det ikke stemmer overens.

## **4.2 Tiltak**

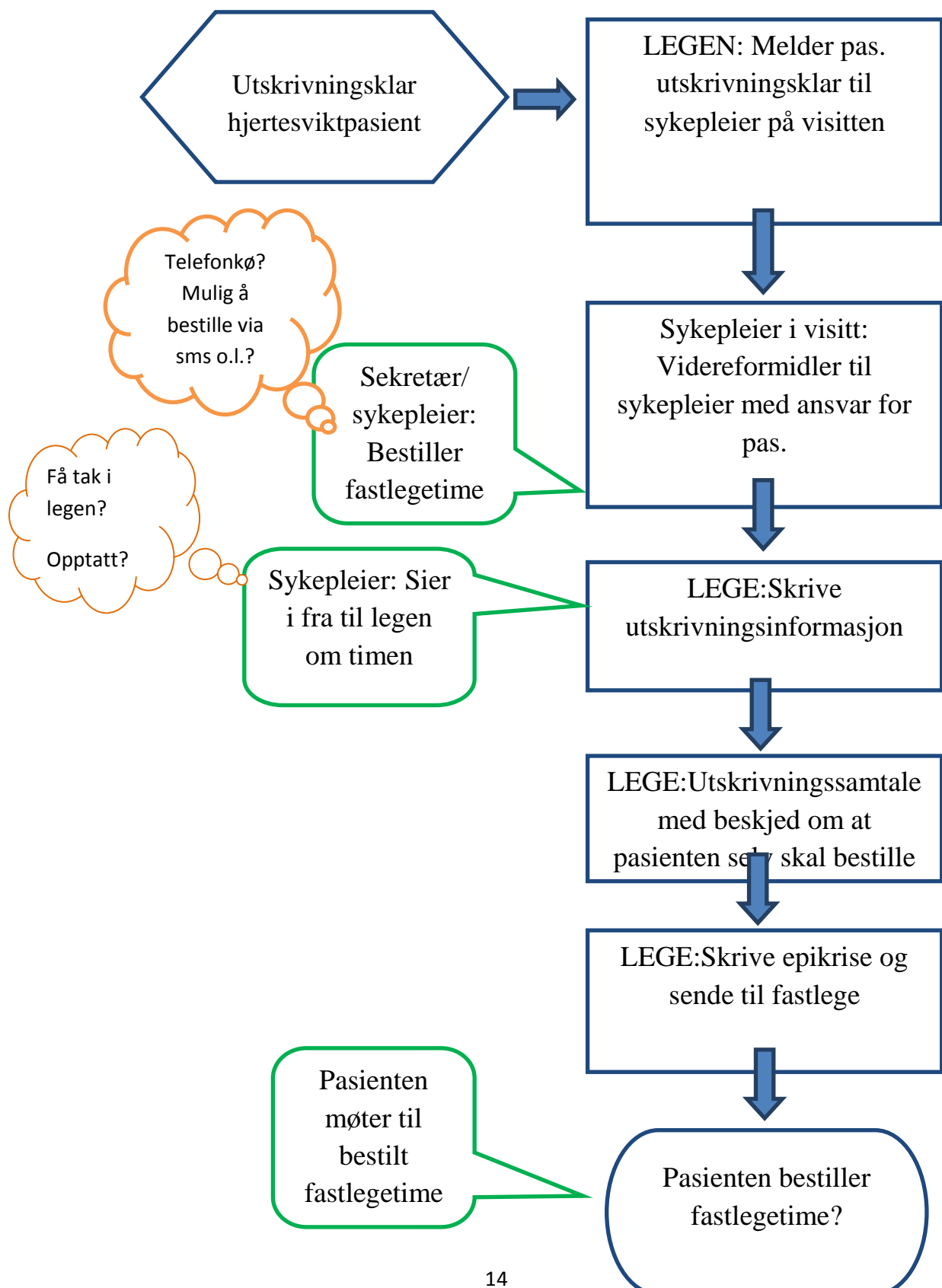
Vårt kvalitetsforbedringstiltak:

- Sykepleier eller sekretær på medisinsk avdeling i sykehuset avtaler fastlegetime før utskrivelse for eldre hjertesviktpasienter, timen vil være omtrentlig to uker etter utskrivelse. 2 uker er valgt for at allmennlegen skal rekke å motta og sette seg inn i epikrisen.
- Det blir gitt beskjed om timen muntlig og på utskrivningsinfo.

Tiltaket vil forsøke å sikre at en helhetlig god oppfølging kommer raskt i gang hos fastlegen, bedre kontakt med primærhelsetjenesten, pasientopplæring, bedre medikamentcompliance, mer støtte og trygghet til pasientene.

### Flytskjema:

I vårt flytskjema vil dagens praksis finnes illustrert i blå ruter, med våre tiltak satt in med grønne snakkebobler. Potensielle utfordringer er markert med oransje tenkebobler.



### 4.3 Valg av indikatorer

Vi vurderte å benytte disse indikatorene:

- Struktur:
  - Fastlegefornøydhet med samhandlingen
- Prosess:
  - Antall med avtalt legetime innen 2 uker.
  - Antall møtt til fastlegetime innen 2 uker.
- Resultat:
  - Mortalitet innen 1 år
  - 30-dagers reinnleggelsesrate
  - QOL- quality of life
  - Fastlegeoppfølging/fastlegefornøydhet
  - Pasienttilfredshet

I vår vurdering vektla vi de ulike kravene for gode indikatorer for hver enkelt av alternativene.

Vi kom frem til at strukturindikator i forhold til fornøydhet og effektivitet i samhandling mellom primær og spesialisthelsetjeneste ville bli vanskelig å måle, lite relevant for vårt tiltak, lite tilgjengelig, vanskelig tolkbar og lite sensitiv for endring, og dermed uegnet.

En prosessindikator i form av enten antall pasienter som ved utskrivelse har fått avtalt en oppfølgingstime hos fastlege innen to uker ved utreise, eller telle antallet som har møtt til en slik time, ville vært relevant for å se om implementeringen har blitt gjennomført, men trolig ikke gyldig for å si noe om utfallet. Det ville vært en grei målbar indikator, trolig mer problematisk å få innsamlet informasjon fra fastlegene om oppmøte enn å måle antall med bestilt time ved utskrivelse. Indikatorene ville begge vært tilgjengelige, pålitelige og lett tolkbare, samt veldig sensitive for endring.

Av våre resultatindikatorer ble det vurdert pasienttilfredshet, quality of life og fastlegefornøydhet, men disse ble forkastet på grunnlag av vanskeligheter med hensyn til målbarhet og tilgjengelighet.

Etter å ha kritisk vurdert våre forslag til indikatorer, endte vi til slutt igjen med det som etter vår oppfatning er to gode resultatindikatorer:

	Relevant	Gyldig	Målbar	Tilgjengelig	Pålitelig	Sensitiv
Mortalitet innen 1 år	+++	+	+++	++	+++	+
30 dagers reinnleggesrate	+++	+	+++	++	++	+

+++ sterk og tydelig sammenheng ++ moderat sammenheng +noe sammenheng

Våre valgte indikatorer er relevante, både reinnleggesrate og mortalitet er høye i denne gruppen, og svært viktig for hjertesviktpasienter. De er indikatorer som benyttes i mange studier på denne pasientgruppen. De har noe lav gyldighet ettersom det ikke finnes en tydelig direkte sammenheng mellom indikator og kvalitet. Målbarheten er god, det har vist seg mulig å telle både reinnleggelser og mortalitet. Data for måling/telling er godt tilgjengelig og ukomplisert å innhente fra registre innad i sykehuset, i følge overlege ved Hamar Sykehus, medisinsk avdeling. At samme diagnosegrupper inkluderes i datainnsamlingen av alle som er involvert i kvalitetsforbedringsprosjektet kan bli en utfordring. Pr i dag registreres ikke reinnleggelser av disse pasientene. Vår tanke bak å inkludere mortalitet innen 1 år som indikator var for å få et riktig antall reinnleggelser å sikre oss mot at den fallende reinnleggesraten ikke skyldes død. Alle sykehus oppdaterer ifølge indremedisinere sine dødsfall med dødsårsaksregisteret hver uke, dette vil dermed til enhver tid være temmelig oppdatert. Indikatoren er pålitelig og tolkbar. Indikatoren er også sensitiv for endring og mulig å påvirke.

Definisjoner:

Hjertesvikt: Det er hoveddiagnosen ved utskrivning fra det primære innleggesforløpet som benyttes for å bestemme hvilken diagnosegruppe pasientene plasseres i, herunder benytter vi de samme diagnosegruppene som helsedirektoratet i sin artikkel "reinnleggelser av eldre" (12).

ICD10koder: Hjertesvikt I09.9 uspes. reumatisk hjertesykdom, I11.9 hypertensiv hjertesykdom uten stuvning, I13.0 hypertensiv hjerte og nyresykdom med stuvning, I13.2



hypertensiv hjerte og nyresykdom med stuvning og nyresvikt, I25.5 ischemisk cardiomyopati, I42.0 dilatert cardiomyopati, I42.5-42.9 annen restriktiv cardiomyopati- alkoholisk cardiomyopati- cardiomyopati pga legemidler- andre cardiomyopati- uspesifisert cardiomyopati, I43 cardiomyopati med andre sykdommer, I50 hjertesvikt, I97.1 funksjonsforstyrrelse etter hjerteinngrep, J81 lungeødem for hjertesvikt.

Reinnleggelser: Vi har valgt å definere reinnleggelser innen 30 dager som akutte innleggelser som finner sted mellom 8 timer og 30 dager etter en utskrivelse. Her telles alle innleggelser med unntak av akutte ulykker og elektive innleggelser.

## **5. Prosess, ledelse og organisering**

### **5.1 Hvordan bør forbedringsprosjektet ledes og organiseres?**

Vår tanke har vært at forbedringsprosjektet skal ha støtte i ledelsen, det vil si avdelingsleder ved medisinsk avdeling, avdelingsoverlege og avdelingssykepleier/ fagsykepleier.

I første omgang er det viktig å legge frem de gode argumentene for å innføre et slikt tiltak. Her kan vi innkalle til et møte med avdelingsledelsen og presentere kunnskapsgrunnlaget som viser en reduksjon i antall reinnleggelser og mortalitet ved tettere oppfølging etter utskrivelse. Vi mener at det er viktig at man som leder har denne innsikten og ser fordelene ved dette tiltaket. Dermed vil prosjektet lettere forankres i ledelsen.

Deretter må man komme frem til hvor ansvaret skal ligge i gjennomføringen av prosjektet, og finne ut om sykehuset vil bruke eksempelvis sykepleiere/ hjelpepleiere, sekretærer eller pasientkoordinator. Vårt forslag vil være at avdelingssykepleier eller fagsykepleier får ansvaret for å implementere og forankre prosedyren i avdelingen. Det vil da gjennomføres møte med de som vil være involvert. Dette kan være et møte etter arbeidstid i avdelingen hvor man serverer pizza og brus eller annen enkel servering. Eventuelt kunne man her hente inn representanter fra Elverum sykehus, hvor de allerede har slike rutiner, og høre om deres erfaringer.

I tillegg vil det være hensiktsmessig å involvere legene på avdelingen ved å ha et innlegg for eksempel på morgenmøtet på medisinsk avdeling. På denne måten vil legene også kjenne til den nye prosedyren.

Underveis i arbeidet med oppgaven har vi vært i kontakt med fagsykepleier ved medisinsk avdeling Elverum. Hun forteller at det fungerer godt ved Elverum, men at det er ytterligere en administrativ oppgave som pålegges sykepleierne. Likevel oppfatter hun ikke det har vært noen motstand mot innføringen. Hun nevnte at telefonkø til tider kan være et problem. Dette problemet vil bli mindre med implementering av den nye fastlegeforskriften. Praksiskonsulent ved Hamar sykehus stiller seg noe mer skeptisk til innføringen av ordningen. Noe lignende ble foreslått uformelt på morgenmøte ved medisinsk avdeling etter et innlegg vedkommende hadde hatt om kontroll og oppfølging. Han oppfattet responsen som negativ, og noe tiltak ble ikke satt i verk. Han er redd systemet vil glippe, da det ikke er kultur i sykehusene for å gjøre dette. Dette viser at det kan være behov for informasjon og motivasjon av fastlegene for å få de med på laget. Dette kunne vært gjort ved å sende et infoskriv til distriktets fastleger.

Fastlegene kan bidra ved å spille på lag med sykehusavdelingene. I «Forskrift om fastlegeordningen i kommunene» fra 2012 § 21 angis at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 % av alle henvendelser normalt skal besvares innen 2 minutter. I tillegg står det skrevet at fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk ([www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)). Med dette som utgangspunkt vil ikke telefonkø være noe problem i forhold til timebestilling.

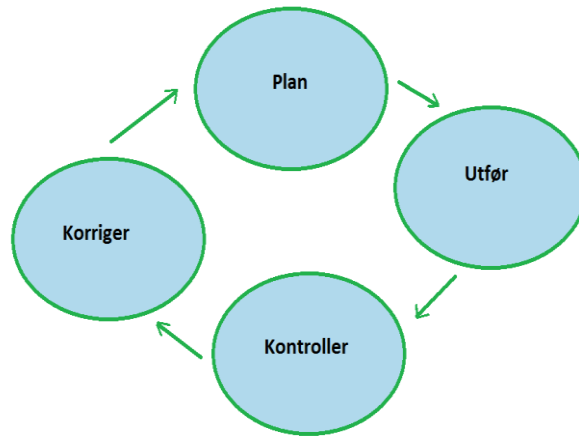
## **5.2 Hvordan strukturere prosjektet? Hvordan gjennomføre tiltaket?**

For å strukturere prosjektet vil vi bruke metoden for kvalitetsforbedring som er utviklet av G. Langley og T. Nolan (19). Modellen består av to deler. Den første delen består av tre grunnleggende spørsmål som man bør stille seg før en går i gang med forbedringstiltak:

- Hva ønsker vi å oppnå?
- Når er en endring en forbedring?
- Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Det vi ønsker å oppnå er å sikre oppfølging av hjertesviktpasienter, gjennom en tettere og raskere kontakt mellom sykehus og fastlege etter innleggelser. På denne måten forsøker man å redusere antall reinnleggelser og øke overlevelsen. I dette prosjektet vil en endring derfor være en bedring når man får nedgang i antall reinnleggelser og økt 1 års overlevelse. Videre kan en forbedring også være at tiltaket blir en rutine ved avdelingen.

Den andre delen er en forbedringssirkel, PUKK-sirkelen. Denne sirkelen brukes til å igangsette og evaluere prosjektet. Metoden tillater rask utprøving av endringer i liten skala. Effekten av denne endringen analyseres før ytterligere endringer gjennomføres. Punktene i sirkelen, Plan-Utføre-Kontrollere-Korrigere, gjennomgås da i flere sykluser. Videre, etter utprøving ved én avdeling, kan man med forbedringer vurdere å inkludere andre avdelinger.



For kvalitetsforbedringsprosjektet ved Hamar sykehus utformet vi PUKK-sirkelen slik:

*Plan:* Pasienten får med seg skriv ved utskrivelsen med time til fastlege.

*Utføre:* Sykepleier, hjelpepleier eller sekretær ved avdelingen ringer og avtaler fastlegetime for pasienten, og pasienten blir informert om dette og får i tillegg dette skriftlig på utskrivningsnotatet. Eventuell hjemmesykepleie varsles om denne timen.

*Kontrollere:* Evaluere prosjektet etter 6 måneder. Blir tiltaket fulgt opp? Har det vært en grei arbeidsfordeling? Kan man registrere noen nedgang i antall reinnleggelser og dødsfall hos denne pasientgruppen?

*Korrigere:* Eventuelt å endre arbeidsfordeling?

### 5.3 PUKK-sirkel

**Plan:** I planleggingen av gjennomføringen er det viktig at man viser til kunnskapsgrunnlaget man har for å anbefale et slikt tiltak. I tillegg må sykepleierne læres opp til å gjenkjenne hvilke pasienter som skal inkluderes i den nye rutinen. Her vil alder og diagnose være avgjørende, det skal gjelde hjertesviktpasienter over 64 år. Fagsykepleier vil være ansvarlig for forankring blant personalet i avdelingen. Da nye retningslinjer og undervisning har vist seg som mindre effektive tiltak, kan det være nyttig å også jobbe mot standardisering av journaler samt massivt engasjement for pasientsikkerhet i ledelsen da dette har vist seg som meget effektive tiltak. Med standardisering av journaler mener vi å legge inn et felt for utfylling av fastlegetime i epikrisen i sykehusets datasystem. Dette kan slettes hos pasienter det ikke er aktuelt for.

Utføring: Vårt konkrete forslag til gjennomføring i avdeling vil være følgende: Postsekretær vil få ansvaret for å ringe fastlegen. Da vedkommende ikke alltid er ved plassen sin, vil det innføres at det ligger en slags liste tapet til pulten hennes ved siden av dataen. Der vil sykepleierne etter visitten, der de har fått beskjed av legen om pas skal skrives ut, sette pasientens navnelapp. I tillegg må det noteres under navnelappen: for eksempel: «skrives ut til eget hjem/ sykehjem,» og eventuelt «skrives ut med hjemmesykepleie». Postsekretæren vil så snart hun har anledning forsøke å ringe pasientens fastlege, telefonliste bør finnes i intranett. Når timen er bestilt, noteres dette ved siden av pasientens navnelapp, og sykepleier kikker på arket innimellom andre arbeidsoppgaver for å se om pasienten har fått time. På denne måten unngår man at sykepleier må stå og vente på postsekretær for å få en muntlig beskjed. Dersom postsekretær ikke rekker det, må hun skrive for eksempel «rekker ikke» utfor pasientens navn. Dersom det blir sykepleiernes ansvar å bestille timen, må dette ordnes av pasientansvarlig sykepleier. Tilslutt må timen påføres utskrivningsnotatet som pasienten får med seg.

Kontroll: Postsekretæren skal ta vare på listene, og etter noen uker sammenlignes disse med en oversikt over pasientene som er skrevet ut i denne perioden. På denne måten vil man kunne se om pasientene i målgruppen har fått fastlegetime som de skal. Det vil selvfølgelig måtte være rom for en individuell vurdering fra sykepleiers side om pasienten vil være i behov for å få bestilt en time til seg. Disse evalueringene kan med fordel foretas hyppigere i startfasen.

Korriger: Dersom det viser seg at prosjektet vanskelig lar seg implementere, må man kartlegge hindringene og ta kontakt med personalet for å motivere til å følge rutinene som er innført. Eventuelt endre pasientgruppe til for eksempel eldre pasienter over 75 år, og/ eller dårlig fungerende. Hvis problemet ligger hos fastlegene, kan man eventuelt vente til fastlegekontorene får bedre ordninger for timebestilling, eksempelvis elektronisk. En fordel hadde vært om sykehuset fikk tilgang til fastlegens timebok og kunne bestille time direkte. Dersom det er behov for korriger, vil en ny PUKK-sirkel tre i kraft. Dersom tiltaket er vellykket, kan det tenkes utvidet til å gjelde flere pasientgrupper.

## **5.4 Motstand og utfordringer**

Det kan tenkes at man vil møte på motstand ved innføringen av dette tiltaket da det hos noen vil oppfattes som merarbeid å avtale fastlegetimer i en ellers travel hverdag på sykehuset. Vi vurderer det til ikke å være kostnadseffektivt eller hensiktsmessig ansette en ekstra liten stilling ved posten for utførelse av denne arbeidsoppgaven ettersom denne oppgaven fint kan

utføres av sykepleier og postsekretær. Eventuelt kan ledelsen ha en oppfattelse av at det ikke er noe behov for endringer, de kan være tilfreds med dagens praksis.

Tidspunktet for legetimen vil muligens ikke alltid passe for pasienten, og i tillegg vil ikke tiltaket sikre at pasienten faktisk møter opp. Dessuten kan det tenkes at tiltaket vil virke pasifiserende og kunne frata pasienten medbestemmelsesrett.

Motstanden kan håndteres ved å motivere og legge vekt på de positive effektene man ønsker og forventer å oppnå ved å gjennomføre dette tiltaket. På lang sikt kan arbeidet vise seg å være arbeidsbesparende og kostnadseffektiv med tanke på at antall reinnleggelser går ned.

### **5.5 Innarbeiding av forbedringer**

For å kunne innarbeide eventuelle forbedringer som følge av prosjektet i daglig drift, må man først ha et mål på hva som teller som forbedring. Ønskelige utfall vil da være redusert antall reinnleggelser samt effektiv innarbeiding av tiltaket i rutiner.

I starten av prosjektet må prosedyrer og opplæringsplaner for nyansatte oppdateres.

## 6. Diskusjon og konklusjon

### 6.1 Diskusjon

Vi har i oppgaven vår beskrevet hvordan rutinemessig bestilling av oppfølgingstime hos fastlege ved utskrivelse fra sykehus kan bedre situasjonen for eldre med hjertesvikt. Målet er spesielt å nå de som har lav compliance og faller ut av systemet. Ved å sikre seg at det foreligger en klar avtale allerede ved utskrivelse, tyder vårt kunnskapsgrunnlag på at man kan oppnå bedre helse og færre reinnleggelser hos eldre med hjertesvikt. Dette gjøres gjennom å sikre pasienten tilgang til bedre medikamentoppfølging, livsstilsråd og individuell tilpasning hos fastlegen. Det er særlig grunn til å tro at de med lav compliance har mye å tjene på en tettere oppfølging som sikrer en optimal behandling av en så kompleks lidelse som hjertesvikt. Det kan hevdes at man ved å fjerne pasientens ansvar for selv bestille time er med på å passivisere pasienten i forhold til sin egen sykdom. Med en riktig strategi fra fastlegens side kan pasienten gis økt innsikt og ansvar for egen helsesituasjon. Ved å legge til rette for at pasienten møter opp hos fastlegen, sikrer man muligheten for at pasienten kan opplæres og ta økt ansvar for eget kosthold, styre sin egen diuretikadosering og opprettholde et gunstig aktivitetsnivå. Det er nok av tiltak pasienten selv skal ta ansvar for ved hjertesvikt og ved en riktig tilnærming mener vi at faren for passivering ikke bør være utslagsgivende for om tiltaket skal gjennomføres. En sikring av rask oppfølging øker sjansen for at pasienten tidlig får uttrykt bekymringer og spørsmål rundt denne alvorlige diagnosen, noe som igjen kan bidra til sterkere tillitt til fastlegen. En bedre kontakt med fastlegen vil etter all sannsynlighet gi økt compliance.

Fra sykehusets perspektiv vil dette være et kostnadseffektivt tiltak da man kan oppnå besparelser på sekundærnivå ved færre reinnleggelser. Pasienten vil mest sannsynlig også føle seg mer ivaretatt av sykehuset ved utskrivelse og trygg på at en får den oppfølgingen en skal. Det virker allikevel å være en liten motstand mot implementering av et slikt tiltak hos sykepleiere og postsekretærer på sykehuset. Dette begrunnes med en økt arbeidsbelastning i en allerede presset arbeidstid. Hos fastlegene er det uttrykt noe bekymring rundt telefonkø. Dette er i våre øyne et viktig element, men skal etter hvert som den nye fastlegeforskriften trer i kraft miste sin betydning. Forskriften sier at fastlegekontorene skal ha maksimalt to minutters ventetid på telefon. Videre vil den teknologiske utviklingen med større mulighet for å bestille timer over internett og per sms gjøre timebestillingen enklere for de sykehusansatte.

Det kan være gunstig å avvente med å implementere tiltaket vårt til denne infrastrukturen er på plass.

Et argument for å innføre tiltaket er den varierende praksisen av håndteringen av epikrisen hos fastlegene. Hos de fastlegene vi var i dialog med, leste kun noen epikrisene og passet på selv å innkalle pasienter til time hvis det ikke var bestilt, mens andre ikke leste epikrisene på annet enn forespørsel fra pasient som var til time. En pasient som selv ikke bestiller time, vil altså hos noen fastleger bli innkalt til time, mens hos andre ikke. Dialogen og samarbeidet mellom primær- og sekundærtjenesten vil styrkes ved dette tiltaket, noe særlig fastlegene mener vil være en fordel. Det er derimot usikkerhet rundt hvor stort antall som faller ut av oppfølging hos fastlege blant eldre hjertesviktpasienter. Vi har ikke funnet noe data på dette. Det er generelt gjort lite forskning som direkte berører vårt tiltak, men det er evidens for at flere tiltak samlet vil ha effekt og gi lavere reinnleggelse (7, 18). Vi har godt kunnskapsgrunnlag for vår påstand at god compliance vil senke antall reinnleggelser, og mener at en bestilt legetime vil bidra til å sikre tettere oppfølging og økt compliance for de som nå faller ut av oppfølgingsregimet hos fastlegen. Det at hjemmesykepleien også skal bli informert om den avtalte fastlegetimen er med på å sikre at pasienten faktisk møter opp til avtalt time. Hos de pasientene som ikke har hjemmesykepleie kan et ekstrasiltak være å informere hovedpårørende om denne avtalte timen og om viktigheten av at pasient møter opp. Behovet for dette ekstrasiltaket bør vurderes i evalueringen av vårt hovedtiltak og kan eventuelt inngå i en ny PUKK-sirkel.

## **6.2 Konklusjon**

Vi ønsker en innføring av avtalt oppfølgingstime hos fastlege før utskrivelse. Vårt kunnskapsgrunnlag viser at en innføring av dette som et supplement til de allerede eksisterende utskrivelsesrutinene har positiv effekt på antall reinnleggelser av hjertesviktpasienter. Når den endelige implementeringen av fastlegeforskriften er innført for fullt vil dette være et godt tiltak. Hvis telefonkø likevel skulle bli en utfordring, kan man eventuelt vente til fastlegekontorene får bedre ordninger for timebestilling, eksempelvis elektronisk eller med sms.



## 7. Referanser

1. Ho KK, Pinsky JL, Kannel WB, Levy D. The epidemiology of heart failure: the Framingham Study. J Am Coll Cardiol 1993; 22 (suppl. A): 6-13
2. Strand J. Hjertesvikt. I: Hundskår S, red. Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, 2013.
3. Schaufelberger M, Swedberg K, Koster M et al. Decreasing one-year mortality and hospitalization rates for heart failure in Sweden; data from the Swedish Hospital Discharge Registry 1988 to 2000. Eur Heart J 2004; 25: 300-7.
4. Horwitz L, Krumholz H. Strategies to reduce hospitalizations in patients with heart failure. UpToDate versjon 21.2, 2013.  
[www.uptodate.com/contents/strategies-to-reduce-hospitalizations-in-patients-with-heart-failure?](http://www.uptodate.com/contents/strategies-to-reduce-hospitalizations-in-patients-with-heart-failure?)
5. Samstemming av legemiddellister, I Trygge Hender, Norsk pasientsikkerhetskampansje. Oppdatert 18.04.2013  
<http://www.pasientsikkerhetskampanjen.no/no/I+trygge+hender/Innsatsomr%C3%A5der/Samstemming+av+legemiddellister.16.cms> (22.04.13)
6. Colucci W. Prognosis of heart failure. UpToDate, versjon 30.1, 2012.  
[www.uptodate.com/contents/prognosis-of-heart-failure?](http://www.uptodate.com/contents/prognosis-of-heart-failure?)
7. Alper E, O'Malley T, Greenwald J. Hospital Discharge. UpToDate, versjon 25.3, 2013.  
[www.uptodate.com/contents/hospital-discharge?](http://www.uptodate.com/contents/hospital-discharge?)
8. Colucci W. Treatment of acute decompensated heart failure: General considerations. UpToDate, versjon 19.11, 2012.  
[www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-decompensated-heart-failure-general-considerations?](http://www.uptodate.com/contents/treatment-of-acute-decompensated-heart-failure-general-considerations?)
9. Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, Peterson ED, Curtis LH. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. JAMA 2010; 303(17): 1716.
10. Cancian M, Battaggia A, Celebrano M, Del Zotti F, Novelletto BF, Michieli R, Saugo M, Pellizzari M, Toffanin R. The care for chronic heart failure by general practitioners. Results from a clinical audit in Italy. Eur J Gen Pract. 2013; 19(1): 3-10.
11. Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program. N Engl J Med. 2009; 360(14): 1418.

12. Lindman AS, Damgaard K, Tjomsland O, Helgeland J. ”Reinnleggelser av eldre i Norge”. Kunnskapssenteret 2012 ISBN 978-82-8121-453-8.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Reinnleggelser+av+eldre+i+Norge.15377.cms>)
13. Michalsen A, König G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart*. 1998; 80(5): 437.
14. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA. Post-hospitalization transitions: Examining the effects of timing of primary care provider follow-up. *J Hosp Med*. 2010; 5(7): 392.
15. Ziaeeian B, Araujo KL, Van Ness PH, Horwitz LI. Medication reconciliation accuracy and patient understanding of intended medication changes on hospital discharge. *J Intern Med*. 2012; 27(11); 1513.
16. Grafft CA, McDonald FS, Ruud KL, Liesinger JT, Johnson MG, Naessens JM. Effect of hospital follow-up appointment on clinical event outcomes and mortality, *Arch Intern Med*. 2010; 170(11): 955.
17. VanSuch M, Naessens JM, Stroebe RJ, Huddleston JM, Williams AR. Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: do all of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare. Organizations heart failure core measures reflect better care? *Qual Saf Health Care* 2006; 15 (6) 414- 417.
18. Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, Liefers J, Vernooij-Dassen M, Wollersheim H. Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2012; 157(6):417.
19. Langley, Nolan, Nolan, Norman, Provost: The Improvement Guide, New York; Jossey Bass, 1996. Fra nettsted:  
[http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder\\_verktoy/Andre\\_metoder/Modell\\_for\\_forbedring\\_-\\_Langley\\_Nolan](http://www.ogbedreskaldetbli.no/metoder_verktoy/Andre_metoder/Modell_for_forbedring_-_Langley_Nolan)